Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22362496

Du retentissement morbide dans le système osseux, prouvé par des observations sur les maladies des os (nécrose et carie) recueillies dans les hôpitaux militaires.

Quelques considérations générales sur les complications, la marche, la durée, etc., de ces maladies, et quelques indications thérapeutiques particulières.

De la désarticulation des os cariés, envisagée comme moyen curatif.

Traitement.

N° 105.

21.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 8 AOUT 1838;

PAR

P.-M.-F. TELLIER,

de Thionville (Moselle);

Bachelier ès-lettres, Chirurgien Aide-Major admis, ex-chef de clinique des hôpitaux militaires, Membre associé libre de la Société phrénologique de Paris, Membre de l'Institut historique de France, etc.;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

..... *medico*
Quidlibet audendi semper fuit æqua potestas;
Scimus, et hanc veniam petimusque damusque vicissim.
Horace, *de arte poeticâ.*

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Examinateur*. Physiologie.
DELILE, *Président*. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N..... Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS, *Suppléant*. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Suppléant*.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Examinateur*.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur*.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS,

A MES MAITRES.

A MES AMIS.

Gage d'affection, de reconnaissance et d'estime.

Fric TELLIER.

DU RETENTISSEMENT MORBIDE DANS LE SYSTÈME OSSEUX,
PROUVÉ PAR LES OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DES OS (NÉCROSE ET CARIE)
RECUEILLIES DANS LES HOPITAUX MILITAIRES.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES
SUR LES COMPLICATIONS, LA MARCHE, LA DURÉE, ETC., DE CES MALADIES,
ET QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES PARTICULIÈRES.

DE LA DÉSARTICULATION DES OS CARIÉS ENVISAGÉE COMME MOYEN CURATIF.

TRAITEMENT.

AU milieu des nombreux faits que huit années de service dans les hôpitaux militaires m'ont permis de recueillir au lit des malades, il en est quelques-uns que j'ai plus spécialement rassemblés, triés, coordonnés, espérant, sinon en faire jamais un corps d'ouvrage, du moins les publier avec ce qu'ils m'ont suggéré d'idées nouvelles, je crois; apporter sur leur étude ma part de recherches, et fixer ainsi sur eux l'attention d'écrivains plus capables que moi.

Je veux parler des maladies des os, et plus spécialement du *retentissement morbide* dans ce système lorsque l'un d'eux aura été primitivement affecté; du traitement curatif, et plus spécialement des désarticulations dans les cas si nombreux de carie ou de nécrose de ces organes; en m'appuyant sur des faits, je chercherai à prouver que ces désarticulations ne doivent être tentées que dans la minorité des cas, soit à cause de la difficulté qu'on éprouve toujours à établir un diagnostic certain sur l'étendue des désordres, soit à cause

de ce retentissement morbide que je signalerai, soit à cause de la nature des lambeaux ou de l'ouverture de nombreuses surfaces articulaires. Je hasarderai enfin quelques conseils pratiques.

Ce me sera, sans doute, aux yeux du plus grand nombre, une outrecuidance impardonnable que de venir me poser, moi, jeune médecin sans expérience, sans poids, sans nom médical, pour combattre des idées généralement reçues, chercher à ébranler des convictions acquises, heurter enfin de front et ouvertement des théories partout professées.

Mais outre que je crois avoir les plus grands droits à l'indulgence, parce que je n'écris que pour remplir un devoir, pour m'acquitter d'une dette exigée par les règlements universitaires, je me hâte aussi de reconnaître toute mon insuffisance pour un travail qui demanderait de longues recherches, et que mon inexpérience ne me permet d'offrir qu'incomplet.

De plus, l'étendue d'une thèse ne me permettra pas de donner à ce travail tous les développements désirables ; je serai contraint de modifier, de raccourcir, de supprimer même quelques observations, et ces observations supprimées, je ne les indiquerai même pas pour donner plus de poids à mes conclusions; j'aime mieux les passer sous silence que m'en servir pour arguer et bâtir des théories qui ont besoin, avant tout, de reposer sur des bases solides.

Et qu'il me soit permis d'abord de me féliciter de la sage mesure qui m'autorise à traiter un sujet de choix, de préférence à ceux désignés par le sort.

Candidats, nous nous en félicitons tous.

Je ne me suis pas dissimulé les difficultés contre lesquelles j'aurai à lutter, sans doute, pour avoir choisi un sujet neuf pour ainsi dire, et sur lequel on ne trouve que des documents vagues et épars, répandus sans ordre dans les auteurs.

Nos os, comme les autres tissus, comme tous nos organes, sont susceptibles de maladies. En faisant la part de leur vitalité obtuse, de leur composition chimique, de leur structure intime, on serait tenté de ne leur supposer que des maladies lentes, cachées, peu

douloureuses, sans sympathies; et il n'en est cependant pas toujours ainsi. Nous verrons, en effet, dans le courant de ce travail, que, dans des conditions à peu près identiques, la marche de ces maladies sera ou rapide ou lente, avec ou sans douleurs vives; mais ce que je m'attacherai à faire ressortir surtout, ce sont leurs sympathies, non pas seulement avec des organes de compositions diverses, comme avec les intestins, l'estomac et le cerveau, par exemple; mais avec des os ou voisins ou éloignés, d'une structure semblable ou différente, et sans causes qu'on puisse regarder comme véritablement occasionnelles, ce qui constituera le retentissement morbide dans le système osseux.

Je dis sans causes occasionnelles, car si on ne peut expliquer ce retentissement en l'absence de toute cause efficiente, cela devient très-facilement possible lorsqu'il est dû à un vice interne, soit scrofuleux, scorbutique, typhoïde, vénérien, etc. On peut supposer, dans ce cas, que l'action de ce vice interne ne se bornant pas à un os seulement, mais s'exerçant, au contraire, sur plusieurs points, soit simultanément, soit isolément, on peut supposer, dis-je, qu'il produit alors de nouvelles maladies semblables en tout à la première. Ces sympathies constituent des diathèses. Ce que je m'attacherai à faire voir, c'est que, toute cause occasionnelle manquant, ce retentissement morbide peut avoir lieu cependant. Comment? par quel effet sympathique? Je l'ignore complètement, et je ne sache pas que personne jusqu'ici ait expliqué ce point d'une manière satisfaisante.

En examinant séparément chacun des tissus qui entrent dans la composition intime de nos organes, tissu cellulaire, tissu fibreux élastique jaune des vertèbres, tissus fibreux élastique ordinaire, osseux, musculaire, cartilagineux et nerveux, on pourrait, et cela me semble rationnel, établir cette vérité fondamentale que, plus la vitalité de l'un de ces tissus est exquise, plus ses fonctions sont nombreuses et variées, plus il reçoit de nerfs, et plus aussi sa sensibilité doit être grande, plus ses maladies doivent être fréquentes, ses douleurs vives, ses sympathies nombreuses.

Eh bien ! cette proposition, qui paraît incontestable au premier abord, n'est cependant pas, pour le système osseux, d'une juste et rigoureuse application. En effet, les os, malgré leur organisation spéciale, ont eux, placés au bas de l'échelle de sensibilité, eux doués d'une vitalité obtuse, leurs sympathies assez nombreuses, consacrons le mot, un *retentissement morbide* plus ou moins rapide, envahissant un plus ou moins grand nombre d'organes de leur classe, retentissement toujours tenace, sourd, obscur, et résistant presque continuellement aux efforts du Chirurgien appelé ou à le prévenir ou à le combattre.

Sans doute des faits isolés et nombreux, semblables à ceux que je vais citer, ont été recueillis et publiés déjà (1); mais je doute que, jusqu'à présent, on les ait rapprochés pour en faire un corps de preuves en faveur de ce retentissement, qui a d'ailleurs sa marche, sa durée, ses terminaisons particulières, et pour en tirer quelques considérations pratiques semblables à celles qui en découleront selon moi.

Nous pouvons déjà établir ici que ce retentissement morbide dans les os sera de trois espèces différentes : 1° ou il aura lieu d'un os à un autre os de même nature, de structure identique; c'est là vraiment le retentissement morbide ; c'est celui qui s'observe le plus communément; 2° ou bien il aura lieu d'un os à tissu spongieux à un os à tissu compacte et réciproquement : cette espèce est fort rare; 3° ou bien il aura lieu d'un ou de plusieurs os malades aux organes

---

(1) Consulter pour les articles carie et nécrose :
L'art. carie du dict. de Samuël Cooper.
L'ouv. de J.-L. Petit, traité des maladies des os, tom. II, chap. XVI, p. 27.
Edimburg medicals essays (Monro), tom V, art. 25.
Dictionnaire des sciences médicales, tom. IV, pag. 80.
Traité de pathologie médico-chirurgicale, par MM. Roche et Sanson.
Lectures on inflammation (Thompson), page 389.
Weidmann, *de necrosi ossium.*
Boyer, traité des maladies chirurgicales, tom IV, page 78.
J. Wilson (*on the structure, physiology, and diseases of the Bones*), etc., etc...

intérieurs, aux viscères, etc. Dans ce dernier cas encore, le retentissement serait contestable, parce que, dans le courant du traitement, mille causes fâcheuses peuvent amener l'inflammation des organes intérieurs.

Citons maintenant quelques observations recueillies exactement et avec soin au lit des malades, et tirons-en au fur et à mesure les conséquences qui en découleront aux yeux de tous.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Quatre tumeurs congestionnaires succédant à la carie des os frontal, sternum, tibia droit et péroné gauche.

Le nommé Sibon (Stanislas), âgé de 26 ans, brigadier au 4me lanciers, d'un tempérament sanguin, d'une constitution saine et vigoureuse, n'ayant jamais eu de maladie, et né de parents bien constitués et encore vivants, vit paraître, vers le 10 Novembre 1831, par suite de la pression exercée par sa coiffure, une tumeur d'abord peu volumineuse, située à la partie supérieure du nez, inférieure du front, entre les deux sourcils. Peu douloureuse, il la négligea.

Un mois après, une autre tumeur peu volumineuse aussi, mais beaucoup plus douloureuse que la précédente, naquit, sans cause connue, à la partie moyenne du sternum, à la hauteur de la quatrième vraie-côte. Ces deux tumeurs, abandonnées à elles-mêmes par le malade qui continuait son service, grossirent peu à peu, la seconde plus rapidement, et, quarante jours après l'apparition de la première, dix seulement après la naissance de la seconde, l'ouverture en fut faite par un des officiers de santé du régiment.

Une assez grande quantité d'un pus grisâtre, fétide et séreux, s'en écoula, et bientôt une troisième tumeur survenant, beaucoup plus volumineuse que les deux premières, à la partie antérieure et un

peu interne du genou droit, le malade entra à l'hôpital militaire de Montmédy, le 29 Janvier 1832.

A cette époque, l'ouverture de la tumeur du front, arrondie, étroite, fistuleuse, en forme d'entonnoir resserré à son orifice, ne permettait pas d'en voir l'intérieur; la suppuration était peu abondante.

A la visite du 30, la plaie fut ouverte crucialement, et on put s'assurer que la table externe et le diploë du frontal manquaient déjà; des tampons de charpie maintinrent relevés les lambeaux de l'incision; on se contenta d'un pansement simple.

L'abcès du sternum était plus profond, plus étendu, plus douloureux surtout, et fistuleux aussi, malgré le peu de jours de sa durée. L'os, aussi perforé jusqu'à sa table interne, fournissait une suppuration assez abondante. Pansement simple.

La tumeur du genou droit, jugée tout d'abord de même nature que les deux autres, fut recouverte d'applications émollientes.

Régime et repos; puis, après quelques jours, tisanes amères, vin de quinquina, etc.

Peu à peu les plaies se cicatrisèrent à leur pourtour, à l'aide de pansements simples, mais appropriés; celle du front donna issue à une esquille peu volumineuse, irrégulière, et cessa de suppurer sans se fermer cependant tout-à-fait.

La plaie de la poitrine tendant aussi à resserrer son orifice extérieur, il fallut, et à plusieurs reprises, en cautériser l'intérieur et les contours, et en élargir les bords par l'application de morceaux d'éponge préparée. Quelques esquilles se présentèrent et furent extraites; enfin, après trois mois d'une suppuration qui chaque jour allait en diminuant, les plaies se tarirent tout-à-fait.

Mais alors aussi croissait rapidement la tumeur du genou. Pour ainsi dire superposée à l'articulation, mais un peu à son côté interne, elle s'étendait depuis la partie supérieure de la rotule jusques à deux travers de doigts au-dessous du bord inférieur de cet os.

La suppuration étant évidente, la peau amincie commençant déjà à rougir, une ponction fut faite vers son point le plus déclive, et une grande quantité d'un pus visqueux, rougeâtre, fétide, mêlé de beaucoup de sang noir et caillotté, s'écoula par l'ouverture.

Bientôt, enfin, une nouvelle tumeur apparut à la partie supérieure et au côté externe de la jambe gauche, au-dessus de la tête du péroné. Elle suivit la même marche que celle de l'articulation tibio-fémorale droite, grossit lentement, sans douleur et presque sans difficulté dans les mouvements du genou gauche.

Le 12 Mai, plus de deux mois après son apparition, elle fut ouverte, non plus cette fois avec l'instrument tranchant, mais bien par une application de potasse caustique, et il s'en écoula une grande quantité d'un fluide en tout point semblable à celui qui avait été fourni par la tumeur du genou droit.

Cette nouvelle plaie, recouverte, comme les autres, d'applications émollientes, suppura long-temps et abondamment, et, sans qu'il fût possible de s'y opposer, le pus se fraya, dans l'articulation, une route nouvelle, et un abcès se forma et s'ouvrit dans l'espace poplité.

C'est vers cette époque que le malade accusa un mouvement fébrile vers le soir et une toux dont il n'avait pas tenu compte jusqu'alors, occupé qu'il était de la gravité de ses plaies.

Voici le résultat de l'examen de la poitrine :

Tout le côté droit est sonore ; la respiration s'y fait bien et partout entendre. Le gauche, au contraire, très-développé, ne laisse entendre, à l'aide même du stéthoscope, aucun bruit respiratoire, et la succussion décèle évidemment la présence d'un liquide et l'épanchement dans cette cavité d'un peu d'air indiqué par le tintement métallique.

On cesse immédiatement l'usage des toniques, etc. Un large vésicatoire est appliqué sur le côté gauche de la poitrine, et les pansements sont faits aussi rapidement que possible. Alors les symptômes de la pneumonie paraissent s'amender quelque peu, mais pour se réveiller bientôt avec plus d'intensité qu'à leur début.

Déjà le malade s'affaiblissait, les plaies des jambes continuant à fournir un pus abondant et fétide, lorsqu'une violente diarrhée se déclara vers le 11 Août, en même temps que le genou droit devenait le siége de douleurs insupportables. Le lendemain, un foyer énorme s'y était établi, formé sans doute par la réunion de plusieurs foyers partiels qui s'étaient ouverts en un seul. Recouvert de fomenta-

tions anodynes, cet abcès s'ouvrit bientôt seul pendant une nuit, et le malade se trouva momentanément soulagé.

Cependant, les symptômes de la maladie de poitrine s'aggravant de jour en jour, la toux devint plus fréquente, plus douloureuse, la respiration plus difficile, et une diarrhée se déclara abondante, douloureuse, et sembla présager une mort prochaine.

Bientôt les plaies se tarissent, deviennent verdâtres, livides; le vésicatoire cesse de suppurer, et le malade, qui jusqu'alors s'était occupé continuellement de ses pansements, n'y donne plus aucune attention.

Les pressions exercées sur les parties latérales de l'articulation tibio-fémorale droite, pour en faire sortir le pus, ne sont plus douloureuses; la face est profondément altérée; les yeux sont ternes; la respiration est haute, sibilante, difficile. Enfin, les selles deviennent involontaires; les suffocations, avant-coureurs de la mort, se succèdent longues et fréquentes, et le même jour, 29 Août, le malade succombe à neuf heures et demie du soir.

AUTOPSIE.

Habitude extérieure. — Amaigrissement général; la jambe gauche est œdématiée, le pied rouge et gonflé. Le genou droit est volumineux, les plaies sont verdâtres; de larges escarres gangréneuses occupent les régions lombaires et sacrées; il y a peu de rigidité.

Plaie du front. — La table externe et le diploë du coronal manquent dans la partie qui correspond à l'ouverture de l'abcès du front. La table interne est intacte; le cerveau et ses membranes sont sains; la substance cérébrale est un peu injectée.

Abcès du genou droit. — En plongeant le scalpel dans l'articulation tibio-fémorale droite, une grande quantité de pus fétide, sanguinolent, de la nature, en un mot, du pus formé par la suppuration des os, s'écoule et laisse s'affaisser la peau du genou. Ici la

maladie paraît avoir eu son siége primitif dans les surfaces articulaires : d'abord dans le tibia, dont la tête et le tiers supérieur sont cariés ; ensuite dans les cartilages inter-articulaires qui sont ramollis, grisâtres, boursouflés ; enfin, dans les deux condyles du fémur, qui commencent aussi à se désorganiser, et qui sont baignés de pus. Deux foyers purulents s'étendent : le premier de bas en haut, depuis le condyle interne du fémur jusqu'à la réunion du tiers inférieur de la cuisse avec ses deux tiers supérieurs, entre les muscles trifémoro-rotulien, iskio-prétibial, iskio-popliti-tibial, etc. ; l'autre de haut en bas, depuis le bord inférieur de la rotule jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'espace poplité, contournant ainsi l'articulation qui est baignée de pus. La tête du péroné est cariée.

Abcès du genou gauche. — L'ouverture de l'articulation tibio-fémorale gauche laisse voir moins de désordres. Ici le péroné encore est malade, mais très-profondément seul, et la carie s'étend depuis la tête de cet os jusques à un travers de main au-dessous. Un foyer assez considérable occupe le devant de l'articulation, et deux fusées sous-cutanées se rencontrent, l'une en haut et en arrière, peu étendue, l'autre en bas et en avant. Le pus, après avoir disséqué les muscles de cette région, s'est fait jour jusque dans l'espace poplité. La tête du péroné paraît avoir été primitivement malade ; elle est réduite, comme la tête du tibia du côté opposé, en une espèce de bouillie grisâtre, spongieuse, et toute l'articulation est baignée de pus.

Abcès du sternum. — Le sternum est examiné : la plaie qui le perce à sa partie moyenne est profonde ; le pus a criblé l'os, et cependant les désordres paraissent s'arrêter à la lame interne : de sorte que cela semble devoir faire présumer que ce n'est pas à la présence du pus qui aurait filtré dans le médiastin antérieur qu'il faut attribuer la pleuro-pneumonie qui s'est déclarée deux mois environ avant la mort du malade.

La poitrine est ouverte ; et au moment où le bistouri se fait jour entre les cartilages et les muscles intercostaux du côté gauche, il s'en échappe des gaz très-abondants.

La cavité droite, moins développée que la gauche, est saine, et

ne renferme qu'une très-petite quantité de sérosité; tandis que la gauche en est entièrement remplie. La présence de ces gaz et de ce fluide expliquent bien la sonoréité de la poitrine et le tintement métallique qu'on avait reconnus du vivant du sujet. Alors la voix était telle, qu'avant d'arriver à l'oreille on eût dit qu'elle avait traversé un tube ou une cloche sonores.

On peut évaluer à quatre ou cinq litres la quantité de liquide écoulé. Le poumon droit est sain, crépitant, d'une belle teinte gris-ardoisé; il paraît avoir augmenté de volume et n'a pas contracté d'adhérences; la plèvre et la bronche droites sont dans l'état physiologique.

Du côté gauche, au contraire, la plèvre est épaissie, blanchâtre, adhérente par des brides organisées, recouverte dans presque toute son étendue par des fausses membranes d'une demi-ligne d'épaisseur, se détachant facilement, et laissant voir dans leur structure une infinité de petits vaisseaux sanguins. Le poumon gauche, atrophié, collé sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale, est entièrement désorganisé, passé à l'hépatisation grise, et réduit à un sixième de son volume ordinaire. Il ne conserve même plus l'apparence de son organisation primitive; çà et là se rencontrent des foyers purulents dont quelques-uns sont évidemment dus à une agglomération de tubercules suppurés; d'autres tubercules, arrivés à diverses périodes, s'y rencontrent aussi. L'un des foyers du poumon s'est ouvert dans la poitrine, du pus s'est épanché dans la plèvre, et c'est sans doute à cette cause que doivent être rapportées et l'issue des gaz et certainement la pleurite qui a dû être consécutive à cette fistule aérienne.

Le cœur ne présente rien de particulier; la muqueuse de l'estomac est parsemée de petites granulations, et de légères plaques rougeâtres, traces évidentes d'inflammation, se rencontrent dans l'intestin grêle.

Les os du métatarse, pied gauche, et du carpe, main droite, commençaient aussi à devenir malades; quelques traces de pus existent déjà dans leur voisinage.

Voyons quelles conséquences nous pourrons tirer de cette obser-

vation. Ici, bien évidemment, la maladie ne peut être raisonnablement attribuée à un vice interne. Les antécédents du malade, et nos renseignements près de ses camarades, nous ont convaincu qu'il avait jusqu'alors joui d'une parfaite santé. Seulement, pour nous rendre bien compte de l'action vulnérante de sa coiffure, nous l'avons examinée, et nous avons constaté qu'à la partie antérieure moyenne et interne du turban, il existait effectivement une saillie assez prononcée formée par un repli du carton ou du feutre, et par le rapprochement des deux bords du cuir superposés en cet endroit.

Regardons cette cause comme efficiente pour la production de la première tumeur, cela est rationnel; mais à quoi attribuerons-nous maintenant l'apparition successive et dans des lieux si éloignés des trois autres tumeurs qui se sont développées sans cause connue, et le commencement de carie que l'autopsie nous a fait découvrir au pied gauche et à la main droite? Nous ne pouvons invoquer ici une métastase purulente, puisque les plaies n'ont jamais été toutes complètement taries, ni un effet sympathique, en conservant à ce mot sympathie l'acception qu'on lui donne généralement, puisque nous avons vu que le nombre et la fréquence des sympathies sont en raison directe de la vitalité, de la sensibilité, des fonctions plus nombreuses et plus exquises d'un tissu, et que les os, sous ce dernier point de vue, sont loin d'offrir, pour les réactions sympathiques, toutes les conditions de structure et d'organisation désirables. Nous ne pouvons invoquer non plus, ni la transmission par continuité de tissu, ni l'action active et incessante d'un vice interne ; nous ne devons donc en accuser qu'un *retentissement morbide* particulier aux os, celui que j'ai signalé précédemment, et en faveur duquel je veux accumuler des preuves dans le courant de ce travail.

Ici les accidents se sont succédé avec une rapidité inaccoutumée. La première tumeur, après avoir pris un développement rapide, et être arrivée en trente jours à sa parfaite maturité, a été promptement suivie, et avant son ouverture, d'une nouvelle tumeur au sternum, et celle-ci a marché plus rapidement encore vers la suppuration.

Bientôt, et lorsque ces deux foyers étaient en pleine activité, loin

de leur siége et sans cause connue, une troisième tumeur, plus volumineuse que les deux autres, survient au-dessous du genou droit; une quatrième tumeur naît enfin au côté externe du genou gauche, et tout cela dans l'espace de moins de quatre mois, chez un homme sain et vigoureux, malgré tous les soins possibles, le repos, les exutoires, l'usage des amers, des toniques, une alimentation appropriée, des pansements méthodiques, etc.

Notons enfin pour mémoire que nous avons trouvé des tubercules dans les poumons.

L'observation suivante, que je vais rapporter brièvement, nous montrera des désordres à peu près identiques, un retentissement morbide plus étendu mais moins rapide, bien qu'il soit dû à un vice scrofuleux. Moins concluant par cela même en faveur du retentissement morbide, il nous offrira cependant quelques considérations importantes à noter.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Quatre tumeurs congestionnaires succédant à la carie des os du tarse, pied droit; de la mâchoire inférieure; et du carpe, mains gauche et droite.

Le nommé Riboutini (Jacques, soldat au 18me régiment d'infanterie de ligne, d'un tempérament lymphatique, à l'aspect général scrofuleux, entra à l'hôpital militaire de Montmédy, le 24 Février 1833, de retour de la deuxième expédition de Belgique.

Porteur d'une tumeur située au-dessous de la malléole externe du pied droit, et avec laquelle il avait fait la campagne; annonçant un état général maladif, couvert de cicatrices scrofuleuses, il fut de suite mis aux amers, aux toniques, et la carie des os du tarse ne parut pas douteuse. Aussitôt que la tumeur offrit de la fluctuation, on l'ouvrit, et bientôt une ascite s'étant déclarée, on évacua le malade dans les salles de fiévreux, et là nous le perdîmes de vue.

Il nous revint cependant vers le mois de Septembre : l'hydropisie avait en partie disparu, mais la carie avait fait d'effrayants progrès, et de nombreux points fistuleux, laissant suinter un pus de mauvaise nature, s'étaient déclarés sur toute la surface du pied. Dans les premiers jours de Novembre, parut, vers l'angle gauche de la mâchoire inférieure, une tumeur qu'on jugea de suite de même nature que celle du pied. Même traitement.

Enfin, vers le milieu de Décembre, deux nouvelles tumeurs surviennent, s'annonçant seulement par un peu de gêne et de gonflement des mains vers les régions dorsales du carpe. Bientôt ces nouvelles tumeurs s'ouvrent sur plusieurs points qui restent fistuleux ; les os du carpe sont mis à nu, les chairs se détruisent, la fièvre se déclare, et une entérite qui existait à l'état chronique se réveille avec violence et emporte le malade en quelques jours.

L'autopsie ne présente rien de particulier, si ce n'est que les poumons étaient parsemés de tubercules arrivés à différentes périodes, que le péritoine était épaissi, couvert d'un nombre infini de granulations de diverses dimensions, et qu'enfin les glandes de Peyer et de Brunner étaient fort développées, rouges, enflammées, entourées de plaques gangréneuses fort étendues.

Ces deux observations prouvent déjà d'une manière évidente la facilité avec laquelle se propagent les maladies des os, mais non par continuité de tissus. Un os devient malade avec ou sans causes occasionnelles, soit externes, soit internes, et suppure. On pourrait croire que là se bornera la maladie, et voilà que, sans cause appréciable, un os souvent éloigné, d'une structure le plus ordinairement semblable et très-rarement diverse, devient malade aussi et suppure, suivi bientôt de nouveaux symptômes morbides dans d'autres os.

Où s'arrêtera cette désorganisation successive ? Que faire pour ararriver à ce but ? Qu'essayer en faveur d'une maladie qui tend à s'accroître d'instants en instants, qui retentit si sûrement, et qui s'accompagne presque toujours de graves désordres intérieurs, de tubercules pulmonaires surtout ?....

Citons de nouveaux faits.

TROISIÈME OBSERVATION.

Tumeur à la jambe, entorse du poignet droit, suites de violence extérieure. Accidents graves. — Mort.

Le nommé Pérez, soldat au 8me d'artillerie, âgé de 23 ans, entra à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, le 4 Mars 1837, porteur d'une tumeur phlegmoneuse à la jambe gauche, et d'une entorse du poignet droit, accidents consécutifs à une chute qu'il fit en jouant avec ses camarades. La tumeur de la jambe fut ouverte et devint fistuleuse, en même temps que se développait à grands pas une autre tumeur située à la partie postérieure et externe de la main droite, à la hauteur de l'articulation radio-carpienne. Celle-ci s'abcéda bientôt, fut ouverte, et devint fistuleuse comme la première.

Fort et vigoureux avant l'accident, le malade s'affaiblit cependant, et une désorganisation prompte et étendue s'empara des surfaces suppurantes dont les parties charnues s'ulcérèrent. La main, fortement portée dans l'adduction, dénudée dans une grande étendue, privée de ses ligaments externes, laisse voir tous les os du carpe baignés de pus et quelques tendons immobiles; l'abcès de la jambe gauche, largement béant aussi, montre une grande étendue de la portion supérieure du tibia nécrosée, grisâtre, fongueuse; ses contours sont ulcérés.

Résigné et courageux, le malade, qui dépérit chaque jour, ne profère aucune plainte; il cache une pneumonie long-temps masquée par la gravité de ses autres maladies; une ascite survient; enfin la mort, le 23 Avril, après un mois dix-neuf jours de traitement.

AUTOPSIE.

De nombreuses et solides adhérences fixent les poumons aux parois de la poitrine. Ils sont hypertrophiés, grisâtres, et présentent tous les caractères de l'hépatisation grise; dans leur intérieur, mais surtout du côté gauche, se rencontrent de nombreux foyers purulents,

des tubercules suppurés, isolés ou réunis en abcès; enfin, du pus est épanché dans les plèvres.

La main droite ne tient plus que par quelques tendons et une mince portion du ligament latéral interne. Tous les autres moyens d'union sont détruits. Les os sont amincis, terreux, friables, criblés, livides; il y a perte de substance de la partie inférieure du radius et du cubitus.

La jambe gauche est recouverte de taches nombreuses et livides; les bords du foyer sont ulcérés; elle est rougie au-dessus de l'articulation du genou, où nous trouvons un foyer purulent qu'on n'avait pas soupçonné. Les désordres qu'on rencontre dans l'articulation tibio-fémorale sont plus graves encore, si c'est possible, qu'à la main : ligaments, capsule, surfaces articulaires, cartilages, tout est baigné de pus, rongé, dénudé; le tibia tout entier est boursouflé, grisâtre, friable, et la carie s'étend de proche en proche jusqu'à l'astragale, au calcanéum, et la partie postérieure du cuboïde. Les ganglions de l'aine sont engorgés, suppurés çà et là; enfin, la veine crurale contient du pus entraîné dans la circulation.

Chose digne d'être rapportée, la jambe droite offre à sa partie inférieure et interne un foyer purulent de mauvaise nature, appliqué sur la partie postérieure du tibia, enveloppant l'os qui n'est cependant pas encore dénudé. Le tissu cellulaire voisin est déjà infiltré au loin, la peau est violacée; et, sans aucun doute, la vie se prolongeant chez Pérez, on eût vu survenir là, et sans cause, comme par retentissement morbide, ainsi que cela avait eu lieu à la partie inférieure de la cuisse gauche, une nouvelle carie de l'extrémité inférieure du tibia, et peut-être de toute l'articulation tibio-astragalienne.

Ici, comme dans les deux observations précédentes, nous avons trouvé des tubercules suppurés dans les poumons; de plus, nous avons constaté une résorption purulente, l'engorgement et la suppuration des ganglions de l'aine, et un retentissement morbide étendu.

En effet, que nous admettions que la déchirure et l'inflammation consécutive des ligaments du poignet aient provoqué, par continuité de tissu ou voisinage, la carie des os du carpe, cela se peut; que

nous fassions succéder une carie du tibia à une contusion assez peu grave, bien que le blessé se soit trouvé d'ailleurs dans des conditions d'âge, de tempérament et de force telles que cela doive paraître peu probable, nous le pouvons encore à la rigueur : mais à quoi attribuerons-nous l'apparition du foyer qui s'est développé au-dessous du genou gauche, neuf pouces plus haut que l'ancien phlegmon ? Et cette carie commençante des os de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, quelle en est la cause ? Il n'y a eu, ni violence extérieure, ni fusée purulente provoquant un nouvel abcès par congestion ; il n'existe pas (nous l'avons constaté aussi sûrement que possible) de vice interne : qu'est-ce donc, sinon le *retentissement morbide* ?

L'état général des plaies, leur étendue, la faiblesse extrême du malade par suite d'abondantes suppurations, l'engorgement des ganglions de l'aine, une pneumonie grave, et, disons-le, quelque soupçon de retentissement morbide ultérieur, ayant peut-être empêché qu'on recourût à l'amputation ou plutôt aux amputations, elles ne furent pas tentées. Et quel en eût été d'ailleurs le résultat ? Fâcheux, sans doute, dans des circonstances aussi graves et qui contre-indiquaient si évidemment toute opération. Nous verrons, dans l'observation suivante, qu'une désarticulation faite pour une carie par cause externe, en temps et lieu, avec toute l'habileté possible, sur un sujet jeune, fort et vigoureux, n'a point été suivie de succès. Cela nous fera déjà présager combien il faut être sobre de cette sorte d'opération, quand bien même le malade paraîtrait être dans des conditions favorables ; et si, plus tard, de nouveaux insuccès ou des accidents consécutifs fort graves viennent s'ajouter au tableau fidèle que nous allons en tracer dans l'observation suivante, ne serons-nous pas en droit de penser et de conclure que les amputations dans la contiguité ne doivent être tentées que fort rarement, parce que les accidents consécutifs sont souvent fort graves, et que la guérison est presque toujours lente, incertaine ou trop chèrement achetée, par suite du retentissement morbide.

Le nommé Deslandes, canonnier au 8me régiment d'artillerie, âgé

de 26 ans, bien constitué, sain, aux cheveux châtains, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital militaire de Metz le 6 Juin 1836. En Juin 1831, c'est-à-dire cinq ans avant son entrée à l'hôpital, Deslandes, voulant retenir par le mors son cheval qui se cabrait, fut blessé au pied droit, au niveau des troisième et quatrième métatarsiens, par l'application du sabot ferré de l'animal : après dix jours de repos, son pied s'étant dégonflé, le malade reprit son service. Une tumeur persista cependant, et grossit peu à peu sur le dos du pied : d'abord long-temps stationnaire, elle finit par se ramollir, et s'ouvrit dix-huit mois après l'accident, laissant échapper un pus sanieux, roussâtre, mal lié, qui bientôt n'eut plus pour issue qu'une petite plaie fistuleuse. Le malade n'ayant réclamé aucuns soins, continuait son service, lorsque le 4 Mars 1834, à deux pouces au-dessus de la fistule du premier abcès, survint une seconde tumeur qui suivit la même marche que la précédente, et fut ouverte cette fois par un des officiers de santé du régiment.

Bientôt les tissus situés au pourtour des deux orifices fistuleux s'enflammèrent, rougirent, s'ulcérèrent; des bourgeons fongueux s'élevèrent de tous côtés, réclamant l'emploi des caustiques de toute espèce, et le pied devint douloureux, gonflé, au point qu'enfin, et seulement après l'apparition d'une troisième tumeur, Deslandes consentit à entrer à l'hôpital militaire de Metz (salle 1, n° 23).

Huit jours après son entrée, la troisième tumeur, située en dedans et en haut des deux premières, fut ouverte avec le bistouri, et resta, comme les deux autres, fistuleuse et ulcérée; enfin, une quatrième tumeur, en tous points semblable aux autres, parut, fut ouverte, et resta fistuleuse aussi.

De si grands désordres ne pouvaient avoir lieu sans que les tissus voisins ne participassent pas de leur gravité; aussi vit-on alors survenir une douleur locale très-vive, augmentée encore par le cathétérisme des plaies fistuleuses et un gonflement considérable de toute la face dorsale du pied.

Tout cet ensemble de symptômes (l'ancienneté de la maladie et les données fournies par le cathétérisme aidant) annonçant une carie

des troisième et quatrième métatarsiens, M. Hénot, chirurgien en chef, crut devoir tenter une amputation partielle du pied, dans le but d'enlever les trois derniers métatarsiens avec les orteils correspondants.

Je ne décrirai pas l'opération, qui fut parfaitement faite et qui offrit, après la réunion des lambeaux, une plaie anguleuse, mais régulière : je ferai seulement observer que deux des plaies fistuleuses durent être nécessairement comprises dans les lambeaux, l'une supérieure, dont on rafraîchit les bords situés sur le dos du pied, l'autre inférieure, à cause de la disposition du lambeau replié, dans laquelle on introduisit une mèche destinée à conduire le pus au dehors. Trois points de suture, quelques bandelettes agglutinatives et un bandage approprié, complétèrent l'opération.

Du 3 Novembre 1836 au 7 du même mois, douleurs très-vives dans le pied, suintement de sang, fièvre continue, insomnie, etc. Tous ces symptômes diminuent d'intensité du huitième au dixième jour, où se déclare un érysipèle phlegmoneux à la partie supérieure du dos du pied opéré. La suppuration est cependant assez abondante, surtout lorsqu'on presse loin du foyer, et qu'on ramène peu à peu les mains vers la plaie produite par la réunion des lambeaux.

Deux nouveaux foyers se forment bientôt : l'un qui se vide par la plaie du moignon, et l'autre qu'on est obligé d'ouvrir le 12. Des frissons se manifestent chaque soir.

Cependant la plaie du pied opéré ne se cicatrise pas ; ses bords s'éloignent, au contraire, et un œdème assez considérable s'étend depuis la pointe des deux orteils jusqu'au-dessus des malléoles. Ces symptômes, d'abord alarmants, se dissipent bientôt peu à peu ; la plaie suppure moins, se resserre, devient presque vermeille ; la fièvre diminue, tout enfin semble indiquer une guérison prochaine, lorsque, le 26, on voit se former un nouvel abcès en dedans de l'angle de la plaie, au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne : retour des frissons, de la douleur, du gonflement ; l'abcès ouvert laisse échapper un pus sanieux, sanguinolent, fétide. Le 9 Décembre, une nouvelle tumeur se forme à la partie interne et supérieure du coude-pied :

ou l'ouvre ; elle suppure et devient fistuleuse comme les précédentes ; enfin, ce même état persiste jusqu'au 16 Février, époque à laquelle apparaît un second érysipèle qui pâlit bientôt. Les 3 et 14 Mars, deux nouveaux abcès se déclarent aux environs de l'articulation tibio-tarsienne ; le 15 Avril, un troisième érysipèle prélude à la formation de deux nouveaux abcès ; enfin, le 27, un ictère se déclare, suivi encore de deux nouvelles tumeurs.

Une suppuration aussi abondante devait nécessairement affaiblir considérablement le malade : le 17 Mai, Deslandes demande l'amputation du membre. Elle est résolue pour le lendemain.

Cette opératiou, faite dans des circonstances aussi défavorables, est cependant et promptement suivie des plus heureux résultats, puisque le 20 Juin, un mois après qu'elle a été pratiquée, la guérison est complète, et que Deslandes peut sortir définitivement de l'hôpital militaire de Metz, le 12 Août 1837.

Voyons maintenant quelles conséquences nous pourrons tirer de cette observation, que le cadre de ce travail ne m'a pas permis de présenter ni aussi complète ni aussi détaillée que je l'eusse désiré.

La désarticulation n'a point été suivie de succès. A quelles causes devons-nous attribuer cette non-réussite ? Ce ne peut être à l'opération elle-même : elle a été faite aussi habilement que possible par M. Hénot, chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, habile opérateur autant que professeur distingué. Il faut, selon moi, en accuser : 1° le voisinage de parties homogènes certainement malades ou du moins disposées sans aucun doute à le devenir par suite de la contiguité des tissus, circonstances qui doivent nécessairement contre-indiquer l'opération ; 2° la nature des lambeaux peu convenables par leur structure, ici surtout, à cause des deux points fistuleux dont ils étaient percés, et par la difficulté de leur application sur le moignon, difficulté telle souvent, qu'ici encore on a été obligé de recourir à quelques points de suture, et de maintenir les parties intimement rapprochées au moyen de nombreuses bandelettes agglutinatives ; 3° la constriction nécessaire pour le rapprochement immédiat et l'affrontation des parties ; 4° le reten-

tissement morbide que j'ai déjà signalé ; 5° enfin , l'ouverture de nombreuses capsules articulaires, ce qui doit nécessairement avoir lieu dans toute opération de ce genre ; et on sait déjà combien d'accidents graves résultent de l'ouverture des capsules articulaires en général.

De cette observation je tirerai plus loin cette conclusion, qu'il faut, plus encore que dans les résections des parties molles , séparer , couper aussi loin que possible du siége du mal, et autant que faire se peut dans la continuité d'un os de nature différente de celle de l'os ou des os qui ont été primitivement affectés. C'est ainsi que, dans ce cas, la désarticulation eût-elle réussi à isoler complètement des organes parfaitement sains toutes les parties malades ; eût-elle été faite avec la même habileté et dans des circonstances aussi favorables, elle n'eût été suivie d'aucun succès, je le crois, du moins ; tandis qu'après l'amputation dans des conditions de réussite moins favorables , la guérison ne s'est pas fait attendre.

Je ferai remarquer ici combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'indiquer exactement, dans la grande majorité des cas, quelles parties sont malades, et quelles autres sont saines encore.

Dans l'observation que je viens de rapporter , l'ancienneté de la maladie (cinq ans et plus), les deux points fistuleux situés à quelque distance , dans le voisinage d'os différents probablement malades , l'aspect violacé, livide de la plus grande partie de la face dorsale du pied, un abcès par congestion à la face plantaire existant déjà lors de l'entrée du malade à l'hôpital; tout cela réuni eût peut-être dû faire supposer que la carie ne s'était pas bornée aux trois derniers métatarsiens. La suite ne l'a que trop bien, mais trop tardivement prouvé, lorsqu'après la première opération, les tissus divisés laissèrent voir dans leur intervalle des stries noirâtres et un tissu lardacé, marbré, dégénéré; lorsqu'on vit apparaître tous les accidents consécutifs que nous avons signalés , les érysipèles phlegmoneux sur la partie supérieure du dos du pied, dus peut-être aussi, disons-le , à la compression du bandage et à quelques points de suture; la fièvre qui s'est déclarée tenace, intense, continue ; l'œdème de la jambe ;

l'écartement des bords de la plaie ; enfin, les quatorze abcès développés successivement et dans différentes régions, jusque dans l'épaisseur même des lambeaux qui recouvraient le moignon.

Et que conclure, si l'habile Chirurgien que j'ai cité, en présence de circonstances qui paraissent probantes maintenant, mais qui n'étaient rien moins que cela alors, a vu le succès de son opération compromis par des motifs indépendants de sa volonté et qu'il ne pouvait pas même prévoir ? Il faut en conclure nécessairement qu'il y a beaucoup à faire encore sur les maladies des os et sur leur traitement ; que la distinction des parties sur lesquelles on va opérer en saines et malades est très-difficile, pour ne pas dire impossible, dans la grande majorité des cas, puisqu'on n'a pas même toujours des données aussi précises, et que la pusillanimité du malade, ou une sensibilité trop vive, ou d'autres causes imprévues, peuvent encore ne pas permettre un examen suffisant, ni même quelquefois l'introduction du stylet explorateur.

Si la nature des désordres ou leur étendue, si l'ancienneté de la maladie, une diathèse maladive, un retentissement probable, font regarder une opération comme indispensable, au lieu de tenter une désarticulation que je crois dans ce cas hasardeuse, inutile, pour ne pas dire imprudente, il serait mieux de recourir tout d'abord à l'amputation dans la continuité d'un membre.

J'entends déjà qu'on va m'objecter la gravité d'une amputation de la jambe, la perte complète d'un membre pour remédier à la carie d'un ou deux os du tarse, par exemple, ou de l'un ou l'autre des vingt-six os du pied.

1° D'abord je n'amputerais pas pour la carie d'un os du pied, à moins que cet os malade soit situé au milieu d'autres os de structure identique, et qui, par cela même, ne tarderaient pas, à cause du retentissement morbide et de leur connexion intime, à devenir malades aussi ; et encore ne le ferais-je que le plus tard possible, et après que j'aurais épuisé tous les moyens malheureusement fort restreints et fort impuissants que nous possédons pour combattre les maladies des os ; 2° je désarticulerais volontiers l'os malade, si sa

situation le permettait, si j'étais appelé assez tôt pour ne pas craindre ou le retentissement morbide, ou la propagation de la maladie par contiguité de tissu ; 3° si je ne redoutais aucune diathèse, car, dans ce cas, je me garderais bien de tenter une opération qui, si minime qu'elle fût, serait toujours trop grave pour des résultats nuls ; 4° j'ajouterai qu'après un certain temps écoulé (celui qui sépare le plus souvent l'instant de l'accident du jour où le Chirurgien est appelé à donner ses soins), n'ayant plus la certitude que la maladie fût localisée encore, je chercherais plutôt à l'attaquer par les moyens curatifs ordinaires de la carie : repos, ouverture précoce des abcès, exfoliation des os, cautérisation actuelle, etc. ; 5° qu'il vaut mieux avoir recours de prime-abord à l'amputation jugée nécessaire, qu'à une désarticulation qui, réussissant très-rarement, force à en venir à l'amputation ensuite, ce qui fait en somme deux opérations pour une ; 6° enfin, que l'amputation dans la continuité n'est ni plus douloureuse, ni plus grave, ni suivie d'accidents plus redoutables que la désarticulation, et il n'est pas de Chirurgien qui, dans sa pratique, n'ait trouvé le moyen de s'en convaincre.

Passons à de nouveaux faits.

Baouer, ouvrier forgeron du génie, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution en apparence, mais porteur de nombreuses cicatrices de scrofule, entra à l'hôpital militaire de Metz, le 18 Avril 1837.

Un rhumatisme articulaire qu'il porte depuis fort long-temps, dit-il, a déterminé, dans le voisinage de l'articulation huméro-cubitale droite, de nombreux abcès qui se sont successivement ouverts. et dont on voit encore les orifices fistuleux. De plus, à son entrée, il existe une tumeur de nouvelle formation derrière l'articulation huméro-cubitale droite : quelques saillies phlegmoneuses se remarquent à sa surface ; ses environs sont percés par des points fistuleux.

La nature du pus, les antécédents du malade et le cathétérisme ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie, qui est bien évidemment une carie des surfaces articulaires du coude droit.

Pansements appropriés, enfin amputation du bras au lieu d'élection, le 25 Mai. Malgré l'apparition de quelques symptômes de gastro-

entérite, le malade était parfaitement guéri le 17 Juin, c'est-à-dire ving-trois jours après l'amputation.

Une seule chose importante à signaler ici, c'est la naissance successive de nombreux abcès développés, au dire du malade, à la suite d'un rhumatisme articulaire de tout le bras droit, mais plus spécialement de l'épaule. Remarquons cependant que cet homme portait, lors de son entrée à l'hôpital, de nombreuses cicatrices de scrofule, qui, mieux que le rhumatisme, selon nous, peuvent expliquer la formation des abcès dans les environs de l'articulation du coude. Faisons remarquer encore que la guérison, après l'amputation, a été prompte, parce que la carie ayant siégé spécialement dans les têtes des os qui forment l'articulation du coude, têtes qui sont évidemment spongieuses, la séparation a eu lieu dans la continuité d'un os à tissu compacte ; circonstance qui rend, selon moi, le retentissement morbide sinon impossible, du moins excessivement rare.

Le nommé Goulier, sergent au 50me de ligne, homme de petite taille, mais sain, âgé de 26 ans, fit, en Janvier 1837, une chute du haut d'un escalier. Sa main gauche frappa, par son côté interne, le rebord saillant d'une pierre ; il en résulta une contusion, puis un abcès qui, traités assez légèrement au quartier, forcèrent bientôt cet homme à entrer à l'hôpital militaire de Metz, le 3 Mars 1837. Il existe à cette époque, à la partie interne de la main gauche, un ulcère fistuleux de quatre à cinq lignes de diamètre. La sonde introduite arrive directement sur le corps du cinquième métacarpien qui est dénudé ; les contours de l'ulcère sont violacés et percés de quelques points fistuleux sans importance. Déjà aussi, quelques semaines après l'accident, un abcès s'était déclaré à la partie interne et inférieure de l'avant-bras, et les glandes sous-axillaires s'étaient engorgées.

Le 5 Mai, l'amputation du cinquième métacarpien et du doigt correspondant est faite, les bords décollés de l'ulcère situé en arrière de la tête du quatrième métacarpien sont excisés, et la plaie est réunie par des bandelettes agglutinatives. Aucune artère n'est liée. Mais voici venir bientôt des accidents graves : douleurs atroces dans

la partie amputée, langue muqueuse, soif, fièvre, insomnie, tout le cortége enfin d'une complication grave vers les intestins; la plaie cependant est en bon état, le rapprochement des bords est parfait; enfin, sans suivre tous les accidents qui surviennent successivement, disons que le malade causa de vives inquiétudes, et qu'elles ne cessèrent que dans les premiers jours du mois de Juin. Le 22 de ce même mois, la guérison était complète, mais avec empâtement de toute la main et difficulté extrême de mouvoir les doigts, avec engorgement chronique des glandes de l'aisselle et faiblesse du malade, accidents qui, du reste, durent se dissiper après sa sortie de l'hôpital.

Encore une preuve en faveur du danger que j'ai déjà signalé relativement aux désarticulations; en effet, le cas chirurgical que je viens de retracer est aussi simple que possible. Chute sur la main, contusion consécutive de son bord interne le long du cinquième métacarpien, tumeur phlegmoneuse ouverte seule et devenue fistuleuse. La désarticulation du cinquième métacarpien par la méthode ovalaire est jugée nécessaire, et faite le 5 Mai avec toute l'habileté et la promptitude désirables, et bientôt voilà que surviennent et la fièvre avec redoublement le soir, et des adénites sous-axillaires qui suppurent, et des douleurs atroces dans la partie amputée, et des tumeurs phlegmoneuses sur la partie dorsale de la main, et un érysipèle que j'ai oublié de mentionner; enfin, une gastro-entérite intense et qui nécessite une médication appropriée fort énergique. Mais, enfin, les symptômes se calment peu à peu, et le malade guérit après trois mois de traitement, et quarante-neuf jours après la désarticulation.

Qu'on n'aille pas supposer ici, faisant application du conseil que j'ai hasardé plus haut (obs. n° 2), que j'eusse préféré l'amputation de l'avant-bras à cette désarticulation partielle. Oh non ! mille fois non. Je n'aurais eu recours à l'amputation du bras que dans le cas où les désordres eussent été plus graves, étendus à une plus grande distance, à un plus grand nombre d'os, et si surtout j'eusse été convaincu de l'insuffisance de nos moyens de traitement Encore une fois ici c'était le cas de désarticuler; c'était un de ces faits excep-

tionnels qui ne font que confirmer la règle, et d'ailleurs la maladie de l'os était bien évidemment due à une violence extérieure : l'homme était sain, fort, bien constitué; c'étaient autant de motifs pour que la désarticulation réussît.

Voici un nouveau fait qui, à peu près analogue à celui que nous venons de citer, pourra lui être comparé de manière à en faire ressortir quelques considérations importantes.

Le nommé Amann, soldat au 1er régiment du génie, âgé de 23 ans, est entré à l'hôpital militaire de Metz, le 31 Août 1836. D'une constitution robuste, d'un tempérament athlético-sanguin, il n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'a amené. L'invasion de celle-ci date d'environ vingt-huit mois. Amann était charpentier avant son entrée au service. Voulant soulever une poutre, il se luxa légèrement le cinquième métacarpien de la main droite dans son articulation carpienne : bien que cette luxation ait été réduite immédiatement, il se développa cependant, sur le bord interne du métacarpe qui avait été blessé, un abcès qui envahit le tissu cellulaire voisin de l'articulation, s'ouvrit, suppura et guérit au bout de quelques jours. Mais, quelques temps après, il s'en forma un second toujours le long du même métacarpien, et il se comporta comme le premier. Enfin, plusieurs autres se développèrent successivement, fournissant un pus grisâtre et fétide. Toute la partie de la main, ainsi compromise, resta rouge, tuméfiée, douloureuse, dure au pourtour des points fistuleux.

Admis, malgré cette affection, au service militaire et dans le génie, Amann dut s'y livrer aux travaux pénibles et fatigants de son arme, travaux qui accrurent la maladie et le forcèrent à entrer à l'hôpital.

L'affection était telle alors qu'on ne pouvait se méprendre sur sa cause et sa nature. Après quelques pansements, qui ne devaient avoir et n'eurent, en effet, aucuns résultats avantageux, on proposa à Amann de lui enlever l'os malade, et cette opération, résolue en Octobre, ne fut faite, à cause d'une opposition formelle du malade, que le 16 Décembre.

Je ne dirai rien de l'opération ni de ses suites, qui, cette fois, ne pré-

sentèrent aucune gravité; je terminerai seulement en notant qu'Amann a été complètement et radicalement guéri le 15 Janvier, moins d'un mois après l'opération.

Comparons ces deux dernières observations, et faisons-en ressortir toutes les différences. Toutes les deux reconnaissent une violence extérieure pour cause efficiente; les deux malades sont jeunes, forts et vigoureux; leur maladie à tous les deux est à peu près semblable et dans la même partie.

Mais comment se fait-il que, dans le dernier cas que je viens de rapporter, les accidents consécutifs de la désarticulation aient été nuls ou presque, bien que la maladie comptât trente et un mois de durée, et qu'on dût supposer alors de plus grands ravages de la carie? Pourquoi Goulier, opéré quarante jours après l'accident, n'a-t-il été guéri qu'au bout de cinquante-neuf jours, tandis que, chez Amann, opéré près de trois ans après un accident semblable, la guérison ne s'est pas fait attendre plus d'un mois? Les nombreux retards apportés par celui-ci ne devaient-ils pas produire une désorganisation plus étendue, causer une opération plus difficile, comprenant plus de parties malades, un succès plus incertain? Et cependant il n'en a pas été ainsi.

N'y aurait-il donc pas tous les dangers qu'on suppose à ne pas traiter immédiatement ces maladies si peu connues encore aujourd'hui?

Passant sous silence quelques nouveaux cas que le temps ni l'espace ne me permettent de présenter, j'arrive à une dernière observation que je ne veux pas omettre, parce que je crois pouvoir en tirer quelques considérations intéressantes.

Rousselle, soldat au 3me cuirassiers, âgé de 32 ans, homme à cheveux blonds, d'une haute et forte stature, d'une apparence musculaire un peu flétrie, mais qui a dû être bien développée, entra à l'hôpital militaire de Metz, le 22 Février 1837.

Avant l'invasion de l'affection qui l'amène, il n'a jamais été malade. Au mois d'Avril 1836, dit-il, étant en garnison à Gray, il reçut à la partie antérieure de la jambe gauche, à deux pouces et demi au-dessous de l'épine du tibia, un coup de pied de cheval qui occasionna une excoriation et une tumeur qui suppura, resta fistuleuse,

et dont le recollement des bords fut tenté au moyen de la compression par des bandelettes agglutinatives. Quelques symptômes fébriles se déclarèrent ; un nouvel abcès se forma à la partie supérieure du genou et inférieure de la cuisse gauche : c'est alors que le malade fut évacué à Haguenau. Pendant la route survinrent deux énormes adénites dans l'aine gauche.

Au mois de Septembre, deux nouveaux foyers phlegmoneux, isolés des premiers, se formèrent au niveau du milieu du bord interne du tibia, l'un en avant, l'autre en arrière et au-dessous, et s'ouvrirent suivant la même marche que les autres.

Un érysipèle se déclare bientôt sur toute la partie antérieure de la cuisse malade : c'est alors que Rousselle entre à l'hôpital militaire de Metz. La peau décollée des adénites est enlevée par la potasse caustique ; une glande est extraite avec le bistouri ; les plaies fistuleuses sont pansées et sondées avec soin ; l'état général du malade est assez satisfaisant. C'est sur ces entrefaites que Rousselle demandant lui-même l'amputation de la jambe, cette opération fut pratiquée à trois travers de doigts au-dessous de l'épine du tibia (20 Avril).

Rousselle a bien supporté l'amputation : peu de symptômes fébriles se déclarent ; une légère gastro-entérite se manifeste bien vers le 22, mais elle paraît vouloir bientôt céder au régime et à une application de douze sangsues. Le 25 cependant des frissons surviennent et un nouvel érysipèle paraît, naissant du pli de l'aine et envahissant de proche en proche toute la surface de la cuisse, mais surtout sa partie supérieure.

L'état du moignon est cependant satisfaisant.

Enfin, après de nombreuses alternatives de mieux et de rechutes, la suppuration devient plus abondante, roussâtre, fétide ; les bords de la plaie du moignon se rétractent, son fond devient grisâtre, livide ; la portion supérieure du tibia tend à saillir, bien qu'elle soit recouverte de bourgeons charnus, pâles et flétris ; enfin, une diarrhée se déclare, le moral du malade s'affecte, la suppuration se tarit, et une pneumonie des plus violentes naît et croit de manière à hâter la mort du malade, mort qui survient, en effet, le 29 Juin, à huit heures du soir.

Je regrette vivement que le temps et l'espace ne m'aient pas permis de rapporter, avec tous les détails désirables, et cette observation curieuse que j'ai suivie jusqu'à son dénouement fatal, et l'autopsie qui en a été faite. Je vais seulement les résumer, et y ajouter quelques circonstances particulières.

Rousselle nous a positivement déclaré que le phlegmon situé à la partie supérieure de la jambe et cause première de sa mort, avait été causé par une violence extérieure, un coup de pied de cheval, en Août 1836. Cependant, une note envoyée à l'hôpital militaire de Metz, par le Chirurgien-major du 3me cuirassiers, quelques jours avant la mort du malade, annonce que le phlegmon dont il est question a pris naissance, non pas par l'effet d'une contusion produite par un coup de pied de cheval, mais bien par suite d'une gastro-entérite typhoïde. Ce médecin affirme qu'à l'époque de l'accident, la tumeur existait déjà.

La maladie, pour nous du moins, n'est donc plus due maintenant à une cause externe; aussi que de chances défavorables pour la guérison! Tenons compte pour nous-même de ces détails ultérieurement reçus, et faisons remarquer qu'ils ne nous sont parvenus qu'à une époque où déjà la maladie était au-dessus des ressources de l'art. Encore une fois, elle a été traitée comme survenue par suite de violence extérieure.

Considérant la formation des adénites inguinales et la présence d'un foyer purulent à la partie supérieure du genou et inférieure de la cuisse gauche comme le résultat de la compression exercée, nous ne savons par qui, sur les parois décollées du foyer situé à la réunion des deux tiers inférieurs de la jambe gauche avec son tiers supérieur; pensant que le cahotement des mauvaises voitures destinées aux transports militaires, que le manque de soins, la fatigue de la route et le frottement des vêtements du malade, avaient bien pu occasionner l'érysipèle peu tenace de la cuisse; mais jugeant que l'amputation seule pouvait sauver le malade, l'habile Chirurgien que j'ai toujours occasion de citer, M. Hénot, pensa devoir concilier les exigences de l'opération avec l'intérêt du malade, et crut de son devoir de cher-

cher à lui conserver l'usage du genou qui paraissait intact. L'amputation fut donc faite au-dessous de l'articulation tibio-fémorale, au lieu d'élection. Sans doute toutes ces considérations d'intérêt pour le malade eussent été insuffisantes, si on eût bien connu ses antécédents et les causes primitives de son affection. Alors, mais seulement alors, à cause de la nature et de la puissance de la cause efficiente, le typhus, on eût dû craindre des désordres plus étendus; on eût dû retrancher aussi loin du mal que possible, amputer dans la continuité du fémur même, loin de l'ouverture de l'abcès qui était restée fistuleuse, et déployer enfin une médication plus appropriée. Peut-être alors qu'à l'aide des soins nombreux et bien entendus qui ont été prodigués à ce malheureux, la maladie eût marché vers la guérison. Mais les choses n'allèrent point ainsi : après l'opération, la fièvre se déclare avec redoublement léger vers le soir; un second érysipèle phlegmoneux envahit la cuisse; les bords du moignon se rétractent; la plaie va s'élargissant; la suppuration devient abondante et de mauvaise nature; et le tibia, grisâtre, tendant à s'exfolier, saille peu à peu en avant, et détruit toute chance de rapprochement des bords de la plaie.

Malgré ces symptômes de mauvais augure, l'état général du malade se soutient assez bon cependant, et quelques bourgeons charnus, mais rares et décolorés, apparaissent au fond de la plaie qu'ils semblent vouloir remplir. La guérison pourrait paraître possible encore, si nous ne venions d'apprendre ses antécédents, la cause de son mal, motifs suffisants, avec son état actuel, pour nous faire penser que tous ces soins si bien dirigés seront en pure perte, et que nous aurons la douleur de perdre ce malade.

Bientôt, en effet, les symptômes fébriles s'exaspérèrent vers le soir, une diarrhée d'abord légère et grisâtre se déclare, le moignon devient douloureux, la suppuration abondante et fétide; les bourgeons charnus s'étiolent et se flétrissent; la peau se décolore, devient livide et s'ulcère au pourtour du moignon; il y a perte de sommeil: une gastro-entérite violente s'ajoute à ces symptômes si graves déjà; l'affaiblissement devient général, la prostration extrême; l'os dépasse les

bords de la plaie d'un pouce et plus; la cuisse s'infiltre, et, une pneumonie aiguë aidant, la mort survient bientôt.

Que serait-il arrivé si l'amputation eût été faite à la partie inférieure de la cuisse? Je n'ose rien présumer; car, si, d'un côté, on eût eu plus de chances de guérison, parce qu'on eût retranché toutes les parties malades, d'un autre côté, est-il certain qu'on eût pu s'opposer à la rétraction des chairs, à la saillie de l'os, au décollement de la peau, et aux symptômes nombreux et graves qui se sont successivement déclarés. Tirons-en cependant cette conséquence pratique, qu'il faut toujours, dans des cas semblables, couper aussi loin du mal que possible, et que, si l'opérateur doit être guidé par l'intérêt de son malade quant aux parties à lui conserver, il doit toujours le faire, mais de manière à ne pas compromettre les résultats de son opération.

Nous avons vu, dans le courant de cette observation, que des accidents graves, la fièvre, la formation d'un nouvel abcès, étaient survenus après l'application de bandelettes agglutinatives sur les parois de la tumeur suppurante et décollée, située à la partie supérieure de la jambe. Je possède par devers moi un autre cas analogue et plus concluant encore que celui-ci. L'espace et le temps ne me permettent pas de le rapporter, mais je le mentionne pour qu'on se tienne en garde contre ce moyen de rapprochement des bords décollés d'un abcès suppurant.

Je m'arrête ici. Peut-être eussé-je dû commencer ce travail par l'histoire de l'inflammation des os, si tant est que c'en soit une; peut-être aussi eussé-je dû, faisant appel à mes souvenirs, compulsant les auteurs, prenant aux uns et aux autres, modifiant ici, adoptant là, empruntant partout, tracer une histoire de la carie et de la nécrose des os, histoire qu'on ne trouve complète et satisfaisante nulle part; j'aurais pu surtout m'aider des notes que j'ai prises aux leçons cliniques faites par M. Hénot, mon maître; mais outre que je ne me suis pas dissimulé toute la difficulté d'un travail de quelque valeur sur un sujet neuf, et sur lequel on ne trouve que des documents vagues et épars, répandus sans ordre dans de très-nombreux ouvrages,

le temps et des matériaux assez complets pour ce travail me manquent encore, et j'ai craint de succomber à la tâche.

Je vais terminer ce travail en résumant les faits précédemment indiqués, et en en tirant quelques conséquences pratiques.

Il demeure bien entendu que je ne veux parler que du retentissement morbide dans le système osseux, retentissement qui ne mérite ce nom qu'alors qu'une cause mécanique ayant agi traumatiquement sur un ou plusieurs os, et ces os ayant été blessés, un autre os, sain auparavant et sur lequel aucune cause extérieure ne s'est exercée, participe des désordres qui ont été remarqués chez le premier, devient, en un mot, malade à la même manière que le premier. Je ne parle pas de ces caries qui surviennent çà et là sur les différentes portions du système osseux, sous l'influence d'une diathèse ou d'un vice interne, de quelque nature qu'ils soient. Il est clair que là il n'y pas retentissement morbide.

1° S'il est vrai que, plus un tissu est irritable, plus le rôle qu'il remplit dans l'économie est important, plus sa sensibilité est exquise, plus aussi ses sympathies doivent être nombreuses, fréquentes; cela n'est pas exactement applicable au système osseux, qui, par sa structure et la nature de ses éléments de composition, se trouve dans des conditions peu favorables aux sympathies. Et cependant elles sont fréquentes, nous l'avons vu et prouvé déjà.

2° Ces sympathies, différentes de celles des autres tissus, présentent, dans le système osseux, cela de particulier qu'elles s'exercent plus spécialement sur des os de structure semblable à ceux primitivement malades, sans qu'il soit besoin, pour cette transmission, qu'il y ait contiguité ni continuité de tissus. C'est pour cette transmission que je propose le nom de *retentissement morbide.*

3° Ce retentissement morbide a sa marche, sa durée, sa terminaison particulières : toujours sourd, tenace, résistant, il réclame toute l'attention du Chirurgien appelé, soit à le prévenir, soit à le combattre.

4° La carie et la nécrose d'un os sont d'autant plus difficiles à guérir, et le retentissement morbide sera d'autant plus rapide et

probable, que l'os affecté sera plus spongieux (et cela s'explique très-bien par l'organisation même de ces os et leur plus grande vitalité), ou selon qu'il sera lié plus intimement à d'autres os voisins et semblables.

5° Le retentissement morbide est très-rare, sinon impossible, entre un os à tissu spongieux et celui composé de tissu compacte. De là, le conseil que je hasarderai plus loin d'opérer pour remédier à la carie d'un os spongieux, dans la continuité d'un os long, mais dans le cas seulement où la maladie serait ancienne et accompagnée de graves et lointains désordres.

6° Quelle est la cause de ce retentissement morbide? Comment et pourquoi se fait-il? par quelles voies, selon quelles règles? Je l'ignore; toujours est-il qu'il a lieu.

7° Que si on voulait nous le contester, combattre son nom, quel est celui qu'on lui proposerait? Ce n'est certainement pas une inflammation des os, inflammation peu connue encore, contestable selon les uns, admissible selon les autres, différente de l'inflammation ordinaire aux yeux de tous, et que j'admets pour mon propre compte.

Est-ce une sub-inflammation? Pas davantage, puisque celle-ci est consécutive d'une inflammation passée à l'état chronique, un mode de terminaison de l'inflammation sous forme continue, presque sans douleur, et provoquant rarement des sympathies.

Il est bien entendu que je ne parle pas de celle de M. le professeur Broussais.

Ce retentissement est-il dû à une sympathie qui est la reproduction d'une maladie de même nature qu'une autre maladie primitive qui l'a causée. Mais de quelle nature sera cette sympathie? Quelles seront ses allures, ses règles? Par quelle voie se transmettra-t-elle?

Mais, encore une fois, qu'est-ce donc?... C'est un *retentissement morbide....*; voilà tout ce que je puis en dire.

J'arrive au traitement.

Traitement général. — Puisque j'ai fait voir que la carie, la nécrose et le retentissement morbide consécutif reconnaissent : 1° des

causes externes, occasionnelles, productrices de la maladie, coups, chutes, violences extérieures, etc.; 2° des causes internes, vices scrofuleux, cancéreux, scorbutique, typhoïde, vénérien, etc.; il est clair que le traitement ne peut déjà pas être semblable dans l'un et l'autre cas.

En général, quelle que soit la cause qui a fait naître cette maladie des os, que les accidents soient primitifs ou dus à un retentissement, il faut toujours se hâter de les combattre énergiquement, soit par les antiphlogistiques, les saignées locales et générales si on les juge nécessaires (moyens qui, malheureusement, restent fort souvent impuissants), soit par une médication générale, qui offre plus de chances de succès.

Il n'entre pas dans mon sujet de traiter l'inflammation des os. Tout médecin sait qu'une contusion violente à la tête, par exemple, avec inflammation du périoste et de l'os lui-même, ne doit pas être traitée comme une tumeur indolente qui surviendrait par retentissement morbide au milieu du sternum (première observation). Je ne veux parler que de ces abcès survenus obscurément après la maladie traumatique d'un os, dans un os ou proche ou éloigné, le plus souvent de même nature, presque sans douleur, sans aucun des caractères de l'inflammation, et toujours sans causes occasionnelles connues.

Une chose à noter ici, c'est la marche variable et obscure de ces maladies, qui, sans douleurs aiguës, n'en parcourent pas moins tous leurs périodes sans être entravées dans leur cours par les moyens que l'art déploie pour les combattre.

Les observations que j'ai rapportées prouvent aussi combien leur marche est variable.

Qu'essayer maintenant pour les faire avorter lorsqu'elles sont nées sans causes connues, qu'elles ne se révèlent qu'au bout d'un certain temps, lorsque souvent déjà elles ont étendu leurs ravages au loin, et que des foyers purulents sont formés?

Si elles sont dues à un vice interne, quelle sera la puissance de nos moyens généraux de traitement pour combattre, annihiler, juguler, puisque c'est le mot, ce vice désorganisateur? Appelé ordi-

nairement trop tard, le Chirurgien qui ne possède que des moyens qui ont besoin d'un usage long-temps prolongé pour devenir efficaces, pourra-t-il enrayer la maladie qui aura déjà marché et qui marchera quand-même, sans tenir compte de ses efforts et de ses remèdes? Que fera-t-il pour prévenir un retentissement dans un ou plusieurs os voisins ou éloignés?

Je ne veux pas transcrire ici cette portion du traitement de la carie qu'on trouve partout, et je comprends bien que, pour proposer un traitement complet de cette maladie, il eût fallu d'abord l'envisager: 1° comme due à un vice interne avec traitement approprié; 2° due à une cause traumatique et traitement différent nécessairement; 3° aborder le traitement général de ces abcès, quelle qu'en soit la cause productrice; 4° enfin, prévenir le retentissement morbide.

Ce sera, du moins, la marche que je suivrai lorsque de nouvelles et consciencieuses recherches, de nouveaux faits et plus de temps m'auront mis à même d'offrir un travail de quelque intérêt sur cette matière.

Je me bornerai, quant à présent, à quelques conseils généraux.

Outre cette tendance que les os ont à participer à la maladie d'autres os, et à devenir successivement malades, ils ont encore des sympathies maladives avec les organes intérieurs. Que ces nouvelles maladies soient dues ou à une résorption purulente, ce qui est contestable, ou aux variations de température auxquelles sont soumis les malades pendant des pansements souvent très-longs; ou à l'emploi des fomentations émollientes qui, refroidies, causent des catarrhes bronchiques ou pulmonaires, des diarrhées, etc.; ou à des prédispositions innées pour certaines affections, ou à une sympathie entre les organes intérieurs et le système osseux, toujours est-il que des phlegmasies fort graves viennent souvent ajouter à la gravité de ces caries si désespérantes déjà.

De là des pneumonies, des dyssenteries, des gastro-entérites, et souvent des tubercules dans les poumons, maladies qui enlèvent rapidement les malades, et qu'on ne saurait traiter avec trop d'énergie à leur début, si cette énergie n'était pas presque toujours contre-indiquée par la faiblesse et l'épuisement des individus.

Traitement local. — S'il était assez heureux pour être appelé au début de la maladie, soit qu'elle ait été produite par une violence extérieure, soit qu'à la suite de cette violence, elle se soit développée dans d'autres os, le Chirurgien devra chercher à la faire avorter en la combattant énergiquement par les sangsues, les saignées locales, les révulsifs à l'extérieur, les frictions mercurielles, hydriodatées, et à l'intérieur (si l'état des organes le permet) par les purgatifs, les amers, les antiscorbutiques, les toniques, etc.

Inutile d'ajouter que, dans le cas où un vice interne aurait produit la carie, le premier effort du Chirurgien devrait avoir pour but de combattre ce vice par une médication active et appropriée; car, sans cela, quels effets attendre d'un traitement qui se bornerait à attaquer des symptômes sans s'attacher à combattre les causes? Ici, mieux que partout ailleurs:

Sublatâ causâ tollitur effectus.

Le traitement doit donc être basé sur le tempérament du malade, son âge, son sexe, sa manière de vivre habituelle, ses maladies antérieures, etc. Le Chirurgien qui aura tenu compte de ces nuances, et qui, d'après elles, aura prescrit un traitement général, devra s'occuper alors du traitement local.

Je l'ai déjà dit plus haut, les émollients réussissent rarement, et ont (les cataplasmes et surtout les fomentations) le fâcheux privilége d'entretenir sur la partie une humidité qui, dans les nombreux pansements que ces maladies nécessitent, cause très-souvent des pneumonies, des diarrhées, etc. Il faut donc, autant que possible, ne pas recourir à ces moyens, panser à sec, convenablement, vite, pas trop souvent, afin d'éviter le contact irritant de l'air sur la partie malade et sur tout le reste du corps, et assez souvent cependant pour ne pas laisser les parties baignées dans le pus.

Les foyers devront être ouverts de bonne heure, afin de ne laisser les parties osseuses sous-jacentes que le moins possible en contact avec l'élément désorganisateur. Les parties qui sont ordinairement le siége de ces maladies, les mains, les pieds, la face, les articu-

lations, n'ayant que très-peu de tissu cellulaire, et se trouvant, quelques-unes du moins, recouvertes d'aponévroses résistantes, composées de tendons, de ligaments, de capsules articulaires, d'os, etc., tous tissus imperméables à la suppuration qui les contourne, s'infiltre dans leurs interstices, les isole, les dissèque en un mot, après leur avoir fait subir des modifications maladives telles, qu'ils sont désormais impropres à remplir les fonctions d'autrefois ; toutes ces causes, disais-je, justifient le précepte d'ouvrir les foyers de bonne heure et à leur partie déclive.

Le pus devra donc avoir, le plus tôt possible, une issue suffisante pour l'empêcher de séjourner et de former des clapiers ; mais l'incision sera calculée cependant de manière à n'intéresser ni les synoviales, ni les tendons, ni les ligaments, ni les surfaces articulaires.

Les pansements devront être faits avec soin et promptitude ; l'appareil sera préparé à l'avance ; les plaies ne seront pas arrosées à grande eau, mais seront lavées avec différents liquides toniques, amers, astringents, désinfectants, etc. ; les ouvertures seront maintenues béantes, et la cicatrisation, si elle se fait, devra avoir lieu du centre à la circonférence.

Je ne dirai rien de spécial touchant la compression, si ce n'est qu'elle est presque toujours inutile et souvent nuisible. Je crois devoir rappeler sommairement qu'on a proposé de débrider largement, de ruginer, de cautériser, d'appliquer le feu, etc., de mettre en usage enfin tout l'arsenal chirurgical. Les quelques cas de guérison, malheureusement fort rares, dus à ces moyens, ont été recueillis dans des ouvrages plus étendus que celui-ci, et des conseils sages ont été donnés par des gens plus capables que moi.

A eux donc l'honneur d'éclairer, de guider le Chirurgien souvent fort embarrassé dans le traitement de ces maladies tenaces et redoutables. Je n'ajouterai plus que quelques mots.

On a trop vanté, selon moi, les désarticulations dans ces cas de carie. On comprend déjà qu'elles ne peuvent être suivies d'aucun succès : 1° lorsque la maladie est due à un vice interne ; 2° lorsque les désordres sont déjà graves dans la partie et portés au loin ; 3° lors-

qu'un certain temps s'est écoulé, ce qui rend le retentissement morbide probable.

Tout le monde sait, du reste, combien sont graves les désarticulations pratiquées sur les pieds, sur les mains, l'amputation dans la contiguité d'un doigt, d'un orteil, la désarticulation d'un ou de plusieurs métatarsiens ou métacarpiens, l'amputation dite de Chopart, etc. Ce n'est donc pas timidité que de conseiller au Praticien de devenir avare de ce moyen de traitement, et de le réserver pour les cas très-rares où il présente des chances véritables de succès.

En un mot, lorsque, sous l'influence d'une cause puissante et externe quelconque, chute, coup, pression, etc., une partie d'os, un ou plusieurs os auront été blessés, et que des abcès seront survenus; de deux choses l'une, ou le Chirurgien sera appelé presque immédiatement, et si l'os est placé de manière à pouvoir être enlevé, il le désarticulera avec de grandes chances de guérison; ou si un long espace de temps s'est écoulé depuis l'accident, si la situation de l'os malade au milieu d'autres os ne permet pas de l'isoler complètement, alors il ne faut pas avoir recours à une désarticulation qui, par les causes que je viens d'énumérer, serait difficile, douloureuse, et presque toujours inutile, soit à cause des accidents consécutifs à elle-même; soit à cause du retentissement morbide qui aurait certainement lieu dans d'autres os, et compromettrait ainsi le succès de l'opération.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

SUR LES

DIFFÉRENTES BRANCHES DE L'ART DE GUÉRIR.

SCIENCES ACCESSOIRES.

1° EXAMINER LES PRINCIPALES MODIFICATIONS DES ORGANES DIGESTIFS DANS LA SÉRIE ANIMALE.

Sans doute, pour aborder convenablement cette vaste question, il nous faudrait traiter longuement de l'importance incontestable du canal digestif pour la classification des êtres dans l'échelle animale, et, partant de l'homme qui en occupe le premier échelon, descendre pas à pas à ces dernières classes d'êtres qui n'appartiennent au règne animal que conventionnellement, et dont le canal digestif est tantôt nul, tantôt réduit à un sac dont les deux surfaces externe et interne, retournées alternativement comme on le ferait d'un doigt de gant, peuvent servir de peau extérieure et de canal alimentaire. Il faudrait arriver jusqu'à ces animaux dont le tube digestif droit, sans divisions, commence à une ouverture qu'on est convenu d'appeler bouche, pour aboutir à une seconde ouverture, l'anus. Il faudrait, en un mot,

suivant pas à pas l'échelle décroissante d'organisation, noter avec la plus minutieuse exactitude toutes les modifications qui y ont lieu. Mais outre l'immensité de ce travail, l'insuffisance de mon temps, et, je l'avoue, de mes connaissances en histoire naturelle, je ne dois indiquer que les principales modifications, et les placer sur la route des espèces comme des jalons plantés de distance en distance pour y grouper les familles.

Partant de cette vérité incontestable en histoire naturelle, que, plus l'animal est élevé dans l'échelle d'organisation, plus il diffère des aliments que lui offre le monde extérieur, plus ces aliments dont il s'empare pour l'assimilation ont besoin de subir de complètes modifications, plus, par conséquent aussi, l'instrument assimilateur doit être parfait, compliqué, étendu : il faut prendre l'homme pour point de départ, et descendre de lui jusques aux classes les plus inférieures.

Il doit arriver encore de là que, chez lui, chaque portion du canal digestif doit être chargée d'une opération spéciale, particulière; tandis que, chez les autres, dans les proto-organismes et les plantes, par exemple, l'assimilation se fait par toutes les surfaces interne et externe du corps.

Réduit à sa plus simple expression, le canal digestif, dès qu'il existe, se présente ou sous forme de sac à une ouverture, ou est continu à deux autres ouvertures nommées bouche et anus : l'une destinée à recevoir, donner passage à l'aliment; l'autre destinée à rejeter les portions qui, élaborées par le canal proprement dit, sont devenues corps étrangers. Inutile d'ajouter que, plus les fonctions de ces organes digestifs sont variées, plus aussi leur organisation est complexe.

Je pars de l'homme, et je descends peu à peu dans la série des êtres placés le long de l'échelle animale.

Mammifères. — Après l'homme, c'est dans cette classe que nous trouvons un plus grand nombre d'organes destinés à la digestion.

On trouve, en effet, chez eux, exerçant des fonctions différentes : une bouche dirigée d'avant en arrière; des mâchoires armées, articulées, selon qu'ils sont herbivores, carnivores ou omnivores; une langue quelquefois garnie d'écailles, de piquants ou de papilles molles;

souvent des abajoues, sac de réserve pour les aliments; un œsophage musculeux qui peut alors exécuter des mouvements volontaires pour les ruminants; un ou plusieurs estomacs, chez ces derniers, au nombre de quatre, la panse, le bonnet, le feuillet et la caillette; un canal intestinal plus long chez les mammifères herbivores, plus court chez les carnivores, et variant à l'infini depuis l'homme jusqu'aux derniers animaux; l'anus, enfin, qui est placé le plus souvent derrière les parties génitales.

Oiseaux. — Eux ont un bec au lieu de bouche; une lange soutenue par un cartilage; pas de voile du palais; un œsophage ample, surtout aux premiers moments de la vie; un appendice sacciforme nommé jabot; un gésier, estomac musculeux; un canal digestif peu étendu et rapprochant plutôt ces animaux des classes inférieures que des mammifères; un anus, enfin, qui offre cela de particulier qu'il est voisin d'une poche arrondie, épaisse, oblongue, qui se trouve au-dessus du cloaque, et qu'on appelle bourse de Fabricius.

Reptiles. — On remarque chez eux une bouche très-ouverte; deux mâchoires mobiles; des dents de forme, de nombre, d'usages et de positions diverses; une langue très-développée, souvent bifide, souvent armée d'un pédicule bifide aussi, et qui est susceptible d'entrer en érection; langue servant moins à la gustation qu'à la préhension des insectes qui doivent servir d'aliments; un œsophage et un estomac simples; un canal digestif très-court, ce qui explique pourquoi, chez ces animaux, la digestion est si lente.

Poissons. — Dans cette classe, les lèvres sont indiquées seulement, la bouche est variable quant à sa forme et son étendue; sur chacun de ses côtés s'ouvrent des ouïes; les dents sont, quant à leur situation et leur forme, très-variables; la langue est plutôt organe d'ingestion que de gustation; l'estomac et l'œsophage varient beaucoup de longueur; et le canal intestinal, extrêmement court, va souvent en ligne droite d'un bout à l'autre de la cavité abdominale.

Articulés. — On trouve, chez ceux-ci, des suçoirs souvent au nombre de quatre, un estomac muni de plusieurs œsophages, un canal digestif presque nul; mais disons que ces caractères sont plus ou moins

tranchés, selon qu'on les examine des vers cystiques aux hexopodes-astères, etc., par exemple.

Mollusques. — Chez ces animaux, la bouche n'est qu'une simple ouverture absorbante, sans mâchoires, ni langue, ni dents, et leur appareil digestif est des plus simples : tantôt ce n'est qu'un sac ; souvent c'est un canal renflé et alternativement étranglé, de manière à simuler le canal digestif des animaux de classes plus élevées.

Oozoaires. — C'est dans cette classe, enfin, que l'appareil digestif présente les formes les plus variées. Chez les nullipores et les éponges, par exemple, on ne trouve aucune cavité digestive, pas plus que chez les coraux, les gorgones, etc. ; tandis que, chez les plumatelles, on trouve œsophage, estomac et intestins.

Nous arrivons enfin à cette classe d'êtres, intermédiaire entre les deux règnes végétal et animal, aux proto-organismes, chez lesquels les caractères du canal digestif sont si peu tranchés, si tant est qu'il en existe, qu'on ne peut leur assigner ni forme, ni longueur, ni aspect.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

2° DE L'ASPECT DU SYSTÈME MUSCULAIRE ET DU SYSTÈME OSSEUX CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Examinés aussitôt après la naissance, ces deux systèmes sont loin de présenter, quant à leur aspect, des différences aussi tranchées et aussi importantes, surtout sous les rapports anatomique et physiologique. Pour bien nous rendre compte de ces différences, il faut nécessairement établir, entre l'aspect de ces organes lors de la naissance et celui qu'ils prennent dans l'âge adulte, un parallèle dont elles ressortiront nécessairement.

Nos muscles sont les agents de la locomotion; ils sont composés, dans l'âge adulte, par des faisceaux plus ou moins nombreux, placés de diverse façon, sensibles, contractiles, réunis de manière à pouvoir agir dans une certaine direction, faisceaux distincts de forme, de longueur, de solidité diverse, recevant des nerfs, des vaisseaux lymphatiques, et sanguins artériels et veineux.

Chez l'enfant, après avoir été, pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, confondus dans la masse muqueuse analogue du tissu cellulaire, ils sont, dans la première enfance surtout, mous, gélatineux, très-pâles, peu fibrineux. Leur irritabilité est-elle alors moindre ou plus considérable que dans la vie intra-utérine? Meckel le prétend, Bichat le nie..... Les tendons sont peu prononcés; en un mot, ce système, bien que développé un des premiers, puisqu'il paraît avant le troisième mois de la gestation, est peu propre encore, à l'époque de la naissance, aux contractions et par conséquent aux mouvements.

Le système osseux présente, lui, des caractères fort tranchés, quant

à sa forme, sa position, sa texture, ses rapports, sa direction, etc.

Pour ne parler que de son aspect, il faut dire que les os ne sont à cette époque ni aussi blancs, ni aussi longs, ni aussi durs, ni aussi solides, ni aussi compactes que dans l'âge adulte ; quelques-uns sont entièrement formés, les os longs moins leurs extrémités ; d'autres existent, mais ossifiés seulement dans une certaine portion de leur étendue, les os du crâne, par exemple, qui n'ont pas même leurs bords rapprochés des os voisins et constituent ainsi des fontanelles ; d'autres os ne sont qu'à l'état rudimentaire, les os du nez, etc. ; quelques-uns sont cartilagineux encore, les os du carpe, du tarse, etc. ; d'autres enfin manquent tout-à-fait, les dents et le pisiforme dont l'ossification, chez ce dernier, n'est guère complète qu'à douze ans.

SCIENCES CHIRURGICALES.

3° COMMENT SE PRATIQUE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ?

La cataracte une fois reconnue, il faut faire choix du procédé opératoire convenable. Ne parlons que de celui qui a pour but l'extraction ; et bien qu'il y ait plusieurs manières de faire, la première à incision inférieure, plus généralement adoptée ; la deuxième de Venzel, à incision oblique, vrai tour de maître, qu'on ne doit choisir que dans certains cas ; la troisième à incision supérieure, convenable seulement dans la minorité des cas, offrant plus de difficulté et présentant l'inconvénient de la chute en bas du lambeau supérieur par l'abaissement de la paupière, je n'en décrirai qu'une, la première, la plus usitée, et encore le ferai-je fort rapidement.

Appareil d'instruments. — Ophthalmostate ; couteau à cataracte, de forme variée, au choix de l'opérateur ; curette d'argent ; pinces déliées ; ciseaux à lames étroites et minces ; aiguille à cataracte ou kystitome. Le malade étant convenablement placé, près d'une fenêtre, l'œil étant fixé soit par l'ophthalmostate, soit par un aide, le couteau tenu comme une plume à écrire, le tranchant en bas, l'opérateur l'enfoncera perpendiculairement, sans hésiter, à travers la cornée, un peu au-dessous de son diamètre transverse, à une ligne à peu près de la sclérotique. Arrivé dans la chambre antérieure de l'œil, tout en respectant l'iris, le Chirurgien en fera ressortir la pointe par le côté opposé de la cornée, et fera marcher son instrument sans secousses, de haut en bas, de manière à tailler aux dépens de la cornée un lambeau dont la convexité sera due à la forme même du globe oculaire.

Cela fait, abandonnant son couteau, le Chirurgien saisira le kystitome, qu'il présentera par le dos au point le plus déclive de la plaie; il le fera pénétrer alors avec précaution jusqu'au haut de la pupille; puis, tournant la pointe de son instrument en arrière et sa concavité en bas, il lui fera parcourir toute la demi-circonférence supérieure de l'ouverture, et divisera largement la capsule cristalline. De douces pressions convenablement exercées faciliteront alors la sortie du cristallin, qui se présentera bientôt à l'extérieur. Il sera enlevé avec la curette, et l'opération proprement dite sera terminée.

SCIENCES MÉDICALES.

4° TRAITER DES DIFFÉRENTES CONDITIONS DE L'HOMME, TANT ORGANIQUES QUE SOCIALES, AUXQUELLES IL FAUT AVOIR ÉGARD, EN HYGIÈNE, POUR ORDONNER LA VIE DE MANIÈRE A CONSERVER LA SANTÉ.

Dans l'accomplissement de leurs fonctions dont l'ensemble, maintenu dans de justes bornes, constitue la vie et l'état de santé, tous nos organes étant sujets à des variations du plus au moins, à des perturbations qui devront amener nécessairement un état maladif, et les conditions sociales auxquelles est soumis chaque individu étant de nature à porter aussi le trouble dans la santé, il est bon d'y avoir égard; en hygiène, pour ordonner la vie de manière à la conserver.

Quant aux conditions organiques sur la santé, il serait bien, sans doute, ici, d'examiner attentivement l'influence des tempéraments sur ses instruments, influence qui doit nécessairement modifier leur organisation, faire varier l'exercice de leurs fonctions, et demander des conseils hygiéniques variables. Il serait peut-être bien aussi de parler des habitudes, des maladies antérieures, de l'âge, du sexe, etc., toutes conditions qui ont sur nos organes une immense influence. Il faudrait, passant de ce sujet aux conditions sociales, parler longuement aussi des professions, de l'état de fortune et de misère, de l'éducation, des caractères, etc.; aborder les conseils de sobriété aux riches; de travail et de tempérance aux artisans; de repos aux uns, d'exercice aux autres; parler des indispositions, partage habituel du médecin, de l'avocat, de l'homme de cabinet; de celles du commis de bureau, du soldat, du marin, du laboureur; de celles si nombreuses et si intéressantes de la classe ouvrière; l'affaiblissement

des organes par suite du manque d'air pur et de lumière; la perte rapide de la vue dans certaines professions, l'absorption de matières ou de gaz délétères dans d'autres; l'accumulation dans les organes pulmonaires de poussières inertes ou irritantes provoquant la phthisie pulmonaire; parler aussi de l'exposition continuelle de certaines professions aux miasmes toxiques du mercure, du chlore dans de certains ateliers, ou aux émanations non moins délétères des amphithéâtres, des cimetières, des marais, des lieux d'aisance; de l'insolation dans de certains cas, et de la privation de soleil dans d'autres; de l'état de liberté ou de captivité; enfin, de mille causes sociales, saisissables, qui peuvent et doivent influer d'une manière plus ou moins directe, plus ou moins rapide, sur l'état habituel et physiologique de nos organes.

Mais outre que je crois avoir pleinement satisfait aux exigences universitaires en abordant un sujet de choix pour thèse inaugurale, je crois de plus qu'il m'est permis de ne traiter que sommairement les sujets de thèse que le sort m'a donnés; heureux si, au début de ma carrière médicale, j'ai rempli ma tâche convenablement, et si mes efforts me valent l'approbation et la bienveillance de me juges!

FIN.